In the name of Allah, the Most Gracious, the Most Merciful









La rupture utérine

24/10/2016

DR Legouara , DR Makri

Definition :

La RU est une solution de continuité non chirurgicale de l'utérus gravide survenant au niveau du corps ou du segment inferieur pendant la grossesse ou pendant le travail , cette définition exclue :

Les déchirures limitées au col.

Les perforations survenues lors d'un curetage .

Les RU ont changé d'aspect ; actuellement c'est la déhiscence utérine sur un utérus cicatriciel .

Anatomie :

On décrit 03 segment de l'utérus : corps , isthme dit segment inferieur ou cours de la grossesse et col utérin .

O3 tuniques : muqueuse ou endomètre , musculeuse et séreuse .

Anatomo-pathologie :

Siège des lésions :

Le plus souvent au niveau de la face anterieur du segment inferieur , parfois au niveau du corps utérin ou les deux .

Type :

Complète intéressant les trois tuniques de l'utérus

Sous séreuse intéressant la muqueuse et la musculeuse

Trajet :

Vertical , oblique , en T en L en spire ou en étoile

Etendue :

Réduite à quelques cm ou étendue, segmentaire , segmento corporéale ou segmento cervicale .

RU compliquée :

En plus des lésions utérines s'ajoutent des lésions des organes de voisinage : intestinales , vaginales , vésicales ou uretrales .

Berges de la RU : régulières ou déchiquetées .

Diagnostic clinique :

La RU survient le plus souvent au cours du dernier trimestre ou au moment du travail.

Deux types de description :

1/ RU par dysproportion foetopelvienne :

la survenue d'un syndrome de lutte de l'utérus contre un obstacle ; soit par macrosomie fœtale ou bassin rétréci .

***phase de début :**

Mauvais relachement utérin

Poche des eaux rempue ou tendue

BCF normaux ou altérés

Présentation anormalement haute

Patiente agitée

Evolution vers la tétanie utérine

La poche des eaux se rompt , la rétraction utérine s'installe avec un utérus qui se moule sur le fœtus , la température s'élève .

***La 2e phase : la tétrade de Bandel Fromel :**

Hypertonie et hypercinésie

Tension douleureuse au niveau du trajet des ligaments ronds

Déformation de l'utérus en **sablier .**

Formation d'un anneau de rétraction suite à la surdistension du segment inferieur **anneau de Bandel Fromel .**

***La 3e phase la rupture proprement dite :**

Douleur abdominale en coup de poignard

Hémorragie exteriorisée de moyenne abondance

La femme devient calme puis apparaissent les signes évidents de RU :

=Anémie sévère et collapsus cardiovasculaire

=Palpation de 02 masses abdominales une correspond à l'utérus refoulé vers la fosse iliaque et l'autre le fœtus sous la peau .

=BCF non audibles .

En l'absence de traitement l'evolution se fait vers la mort maternelle .

2/ déhiscence d'un utérus cicatriciel :

Le tableau clinique peut ètre identique au précédent .

Ou précédé d'un symdrome de prérupture associe :

Métrorragies minimes

Douleur permanente en regard de la cicatrice

Hypertonie utérine

Ralentissent de la dilatation

Le plus souvent la déhiscence se fait progréssivement vers l'accouchement du foetus à travers les berges

Parfois la RU n'est connue qu'apres la révision utérine apres l'accouchement d'utérus cicatriciel .

Diagnostic différentiel :

Se pose avec **les hémorragies du 3e trimestre**

***HRP :** hémorragie faite de sang noirâtre avec un abdomen en bois et BCF inaudibles .

***Placenta preavia :** hémorragie faite de sang rouge , spontanée ,indolore ,récidivante , survenue au repos , utérus souple , BCF audibles .

***Saignement par déchirures du col** : examen sous valves .

***Hémorragie de la délivrance :** saignement rouge d'bondance variable avec retentissement sur l'etat général , survenant avant ou apres l'expulsion du placenta .

Diagnostic étiologique :

1/ RU spontanée : utérus qui se rompt :

*Utérus fragile d'une grande multipare

*Utérus fragilisé par une cicatrice : césarienne , perforation apres curetage ,déchirure du col ,cicatrice de myomectomie .

*Utérus qui lutte contre un obstacle : bassin rétréci , macrosomie fœtale , présentation dystocique de l'epaule ou de front , obstacle preavia : fibrome ou kyste .

2/RU provoquée : utérus qu'on rompt :

*Un traumatisme externe : AVP , arme blanche .

*Suite à une manœuvre obstétricale :

Manuelle : version par manœuvre interne on externe.

Instrumentale : forceps .

Pharmacologique : usage excessif de l'ocytocine .

Pronostic :

En fonction de **la rapidité du Dgc et la PEC**

Prostic fœtal : grave avec risque de mortalité .

Pronostic maternel :

Mortalité élevée si PEC tardive .

Morbidité liée au lésions associées : vésicale , urétrales…

Péritonite .

Endométrite .

Septicémie maternelle .

Fistule vésicovaginale .

Hystérectomie .

Traitement :

1/TRT prophylactique :

Lutter contre la dystocie avec dépistage de tous les obstacles .

Examen obstétrical soigneux : ex du bassin .

Surveillance du partogramme .

Amélioration de la PEC médicale et paramédicale .

Surveillance particulière des utérus cicatriciels .

Césarienne prophylactique obligatoire si : utérus bicicatriciel , espace intergénésique non respecté inf à 06 mois , dystocie permanente .

2/traitement curatif :

Réanimation médicale :

Hospitalisation

02 voies d'abord veineuses

Bilan complet avec un groupage phénotypé

Remplissage voir transfusion sanguine

oxygénothérapie

Antibioprophylaxie

Anti D si rhésus négatif

Traitement chirurgical :

*Traitement conservateur par une suture directe de la déchirure .

*Traitement radical par hystérectomie si l'utérus ne se prète pas à la suture ou hystérectomie d'hémostase en 2[e] intention si atonie utérine ou non tarissement de saignement .

Conclusion :

La RU est une pathologie grave mais rare et évitable ; par un bon suivi de toute femme enceinte durant la grossesse, de faire un pronostic d'accouchement et la surveillance stricte de travail.

Une surveillance particulière des utérus cicatriciels est nécessaire .